

Форма запроса индивидуальной регистрации на 2026 год для участия в плане Medicare Advantage (часть C)



OMB No. 0938-1378
Expires: 12/31/2026



Проверьте статус вашей заявки здесь:
[wellcare.com/applicationtracker](https://www.wellcare.com/applicationtracker)

Кто может использовать эту форму?

Участники программы Medicare, которые хотят присоединиться к плану Medicare Advantage

Чтобы присоединиться к плану, вам необходимо:

- быть гражданином США или пребывать на территории США на законных основаниях;
- проживать в зоне обслуживания плана.

Важно! Чтобы присоединиться к плану Medicare Advantage, вам также необходимо иметь и то, и другое:

- Medicare Part A (страхование больничных расходов);
- Medicare Part B (страхование расходов на медицинское обслуживание).

Когда следует использовать эту форму?

Вы можете присоединиться к плану:

- ежегодно с 15 октября по 7 декабря (для покрытия, начинающегося с 1 января);
- в течение 3 месяцев после первого получения Medicare;
- в определенных ситуациях, когда вам разрешено присоединиться к плану или сменить его.

Посетите сайт [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov), чтобы узнать больше о том, когда вы можете зарегистрироваться в плане.

Что мне нужно для заполнения этой формы?

- ваш номер Medicare (номер на вашей красно-белосиней карте Medicare);
- ваш постоянный адрес и номер телефона.



Вы не думали о том, чтобы вместо этого зарегистрироваться на сайте go.wellcare.com/HealthNetCA? Это быстрый, безопасный и простой способ подачи заявки.

Примечание. Вам необходимо заполнить все пункты раздела 1. Пункты раздела 2 являются необязательными для заполнения — вам не может быть отказано в страховании из-за того, что вы их не заполните.

Лица, не имеющие постоянного места жительства

- Если вы хотите присоединиться к плану, но у вас нет постоянного места жительства, вашим адресом постоянного места жительства может считаться абонемента почтовый ящик, адрес убежища или клиники либо адрес, по которому вы получаете почту (например, пенсионное пособие).

Напоминания:

- Если вы хотите присоединиться к плану во время осенней открытой регистрации (с 15 октября по 7 декабря), план должен получить заполненную вами форму до 7 декабря.
- Ваш план отправит вам счет на оплату страхового взноса по плану. Вы можете решить подписаться на списание страховых взносов с вашего банковского счета или на вычет из ежемесячного пособия социального обеспечения (или пособия Совета по пенсионному обеспечению железнодорожников).

ВАЖНО

Не отправляйте эту форму или какие-либо материалы с вашей персональной информацией (например, страховые требования, платежи, медицинскую документацию и т. д.) в отдел оформления отчетов PRA. Любые полученные нами материалы, не относящиеся к улучшению данной формы или уменьшению бремени по ее сбору (описанного в OMB 0938-1378), будут уничтожены. Он не будет сохраняться, просматриваться или пересылаться в план. См. раздел «Что будет дальше?» на этой странице, чтобы отправить заполненную вами форму в план.



Что будет дальше?

Отправьте заполненную и подписанную вами форму по адресу:

Wellcare By Health Net
PO Box 10420
Van Nuys, CA
91410-0420

Как только они обработают ваш запрос на присоединение, они свяжутся с вами.

Как мне получить помощь с заполнением этой формы?

Позвоните в план Wellcare By Health Net по телефону 1-844-480-0680.

При использовании ТТУ набирайте 711.

Либо позвоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) круглосуточно, без выходных.

Для пользователей ТТУ: 1-877-486-2048.



Раздел 1. Все поля на этой странице являются обязательными для заполнения (если только поле не отмечено как необязательное для заполнения).

Выберите план, к которому вы хотите присоединиться:

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) ¹: включает покрытие рецептурных препаратов

☐ **H3561-008-000** Amador, Calaveras, Inyo, Los Angeles, Mono, Sacramento, \$0 в месяц
San Joaquin, Stanislaus, Tulare, Tuolumne

¹ Для участия в этом плане вам необходимо соответствовать определенным критериям.



Раздел 1. Все поля в этом разделе являются обязательными для заполнения (если только поле не отмечено как необязательное для заполнения).

Имя	Фамилия	Поле, необязательное для заполнения: Средний инициал
Дата рождения	Пол	Номер телефона
	☐ Мужской ☐ Женский	– –
М М Д Д Y Y Y Y		Тип телефона ☐ Домашний ☐ Мобильный
		Поле, необязательное для заполнения: Дополнительный номер телефона
		– –
		Тип телефона ☐ Домашний ☐ Мобильный

Поле, необязательное для заполнения:

Адрес электронной почты:

Поле, необязательное для заполнения:

Чувствуете ли вы себя комфортно, пользуясь Интернетом, электронной почтой или текстовыми сообщениями самостоятельно?
☐ Да ☐ Нет

Поле, необязательное для заполнения: Предпочтительный способ связи: ☐ Звонок по телефону
☐ Тестовое сообщение ☐ Сообщение электронной почты

*Обратите внимание, что сообщения могут отправляться не с помощью выбранного вами «Предпочтительного способа связи».

Мы хотим, чтобы вам нравилось быть участником, и чтобы вы понимали свой план. Пожалуйста, укажите свой(-и) номер(-а) телефона(-ов) и адрес электронной почты, чтобы мы могли сообщить вам о статусе вашей заявки. В качестве участника мы будем делиться с вами полезной информацией, например, чего ожидать, как оставаться здоровым, как пользоваться дополнительными пособиями, как найти врача, о нашем портале для участников и другими важными материалами. Если вам это не интересно, вы можете отказаться от получения некоторых текстовых сообщений и сообщений электронной почты.

Мы хотим, чтобы вам понравился ваш план Wellcare. Если у нас появятся другие планы, которые могут лучше подходить вам в связи с изменением ваших потребностей, мы сообщим вам об этом. Мы будем говорить только о наших планах.



(Не указывайте абонементный почтовый ящик. Примечание: для лиц, не имеющих постоянного места жительства, абонементный почтовый ящик может считаться адресом постоянного места жительства).

☐ Не имею постоянного места жительства

Адрес постоянного места жительства с указанием улицы и номера дома

Город

Поле, необязательное
для заполнения: Округ

Штат

Почтовый индекс

Почтовый адрес, если он отличается от адреса постоянного места жительства (допускается абонементный почтовый ящик)

Адрес с указанием улицы и номера дома

Город

Штат

Почтовый индекс

Информация о вашем участии в программе Medicare:

Номер в программе Medicare

Имеете право на:

БОЛЬНИЧНЫЕ
РАСХОДЫ (часть A)

РАСХОДЫ НА
МЕДИЦИНСКОЕ
ОБСЛУЖИВАНИЕ
(часть B)

Дата вступления в силу

M M D D Y Y Y Y

M M D D Y Y Y Y



Ответьте на эти важные вопросы:

1. Будете ли вы иметь другое покрытие расходов на рецептурные препараты (например, VA, TRICARE) в дополнение к Wellcare?

☐ Да ☐ Нет

Название другого покрытия

Номер участника для этого покрытия

Номер группы для этого покрытия

2. Пожалуйста, укажите свой номер участника программы Medicaid штата:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Пожалуйста, укажите номер Medicaid для планов D-SNP. Отсутствие номеров Medicaid может привести к задержке обработки заявки и возможному отклонению заявки.

ВАЖНО: Ознакомьтесь и поставьте подпись ниже:

- Чтобы оставаться в системе Wellcare, мне необходимо сохранить как больничные расходы (часть A), так и расходы на медицинское обслуживание (часть B).
- Присоединяясь к этому плану Medicare Advantage, я подтверждаю, что компания Wellcare будет передавать мою информацию программе Medicare, которая может использовать ее для отслеживания моего участия, осуществления платежей и для других целей, разрешенных федеральным законом, который разрешает сбор этой информации (см. Положение Закона о конфиденциальности ниже). Ваш ответ на эту форму является добровольным. Однако отсутствие ответа может повлиять на включение в план.
- Я понимаю, что я могу быть включен(-а) только в один план МА или часть D одновременно и что включение в этот план автоматически завершит мое участие в другом плане МА или части D (исключения применяются для планов МА PFFS, МА MSA).
- Я понимаю, что с началом действия моего страхового покрытия Wellcare я должен(-на) буду получать все мои медицинские пособия и пособия на рецептурные лекарственные препараты от компании Wellcare. Будут покрываться пособия и услуги, предоставляемые компанией Wellcare и содержащиеся в моем документе «Справочник страхователя» компании Wellcare (также называемом справочником участника, договором участника или соглашением со страхователем). Ни программа Medicare, ни компания Wellcare не будут оплачивать пособия или услуги, которые не покрываются.
- Насколько мне известно, информация в этой форме регистрации является точной. Я понимаю, что, если я намеренно предоставляю ложную информацию в этой форме, я буду исключен(-а) из плана.



- Я понимаю, что моя подпись (или подпись лица, юридически уполномоченного действовать от моего имени) в этой заявке означает, что мною прочитано и мне понятно содержание этой заявки. Если документ подписан уполномоченным представителем (как описано выше), эта подпись удостоверяет, что:
 - 1) это лицо уполномочено в соответствии с законодательством штата завершить эту регистрацию, и
 - 2) документальное подтверждение этих полномочий предоставляется по запросу программы Medicare.

Подписывая этот документ, я подтверждаю, что, насколько мне известно, вся предоставленная мной информация является достоверной, полной и точной. Я понимаю, что, если будет установлено, что данная информация неточна, меня могут исключить.

Сегодняшняя дата

М	М	Д	Д	Y	Y	Y	Y

Подпись

Если вы являетесь уполномоченным представителем, поставьте подпись выше и заполните эти поля:

Имя/фамилия

--

Адрес

--

Номер телефона

	-		-	
--	---	--	---	--

Кем являетесь участнику

--



Раздел 2. Все поля в этом разделе являются обязательными для заполнения.

Вы сами решаете, отвечать ли на эти вопросы. Вам не могут отказать в страховании из-за того, что вы не заполнили ответы на них.

Выберите один из вариантов, если вы хотите, чтобы мы отправляли вам информацию не на английском языке.

☐ Испанский ☐ Китайский ☐ Корейский ☐ Хмонг ☐ Тагальский ☐ Вьетнамский
☐ Арабский ☐ Русский ☐ Камбоджийский ☐ Армянский ☐ Фарси

Выберите один из вариантов, если вы хотите, чтобы мы отправляли вам информацию в доступном формате.

☐ Шрифт Braille ☐ Крупный шрифт ☐ Аудио компакт-диск ☐ Компакт-диск с данными

Если вам нужна информация в доступном формате, отличном от указанного выше, свяжитесь с компанией Wellcare по телефону 1-844-480-0680 (при использовании ТТУ набирайте 711).

Наши часы работы: воскресенье–суббота, с 8 a.m. до 8 p.m. (во всех часовых поясах).

1. Вы работаете? ☐ Да ☐ Нет

2. Ваш супруг / Ваша супруга работает? ☐ Да ☐ Нет

3. Проживаете ли вы в учреждении долгосрочного ухода, например в центре сестринского ухода? ☐ Да ☐ Нет

В случае утвердительного ответа укажите следующие данные:

Название учреждения:

Адрес учреждения (номер дома и название улицы)

Город	Штат	Почтовый индекс	Номер телефона

Укажите своего основного лечащего врача (Primary Care Physician, PCP), клинику или медицинский центр, входящие в сеть плана:

Вы можете найти поставщика услуг по адресу findaprovider.healthnetcalifornia.com

Информация о поставщике услуг для планов НМО:

Имя и фамилия PPG: PPG ID:

Принимается ли выбранный PCP/PPG для выбранного плана? ☐ Да ☐ Нет

Действующий пациент? ☐ Да ☐ Нет



Оплата страховых взносов по вашему плану

Вы можете каждый месяц платить ежемесячный страховой взнос в рамках плана (включая любые штрафы за позднюю регистрацию, которые у вас уже есть или могут быть подлежащими оплате) по почте, посредством электронного перевода средств (Electronic Funds Transfer, EFT) или кредитной карты. **Вы также можете выбрать оплату вашего страхового взноса путем ежемесячного автоматического вычета его из вашего пособия социального обеспечения или пособия Совета по пенсионному обеспечению железнодорожников (Railroad Retirement Board, RRB).**

Если вам необходимо выплатить сумму корректировки ежемесячных страховых взносов на основании уровня дохода по части D (Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA по части D), вам необходимо выплатить эту дополнительную сумму в дополнение к страховому взносу по вашему плану. Сумма обычно вычитается из вашего пособия социального обеспечения, или вы можете получить счет от Medicare (или RRB). НЕ платите компании Wellcare IRMAA по части D.

Если вы не выберете вариант оплаты, вы будете получать счет каждый месяц.

Пожалуйста, выберите вариант оплаты страхового взноса:

☐ Получить счет

☐ Автоматический вычет из вашего ежемесячного пенсионного пособия или пособия Совета по пенсионному обеспечению железнодорожников (RRB). Я получаю ежемесячные пособия от:

☐ Служба социального обеспечения ☐ RRB

(Вычет пенсионного пособия / пособия RRB может начаться через два или более месяцев после того, как Служба социального обеспечения или RRB одобрит вычет. В большинстве случаев, если Служба социального обеспечения или RRB принимает ваш запрос на автоматический вычет, первый вычет из вашего пенсионного пособия или пособия RRB будет включать все страховые взносы, подлежащие уплате с даты вступления вашей регистрации в силу до момента начала удержания. Если Служба социального обеспечения или RRB не одобрит ваш запрос на автоматический вычет, мы отправим вам бумажный счет на ваши ежемесячные страховые взносы.)

Для лиц, помогающих регистрируемым только с заполнением этой формы

Заполните этот раздел, если вы являетесь лицом (т. е. агенты, брокеры, консультанты SHIP, члены семьи или другие третьи лица), помогающим регистрируемому заполнить эту форму.

Имя/фамилия: _____ Кем являетесь участнику: _____

Подпись: _____ Номер общенационального производителя
(только для агентов/брокеров): _____

ПОЛОЖЕНИЕ ЗАКОНА О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

Центры услуг по программам Medicare и Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) собирают информацию из планов Medicare для отслеживания регистрации бенефициаров в планах Medicare Advantage (MA), улучшения ухода и выплаты пособий Medicare. Сбор этой информации разрешен в соответствии с разделами 1851 и 1860D-1 Закона о социальном обеспечении, а также 42 Свода федеральных правил (CFR) §§ 422.50 и 422.60. CMS может использовать, раскрывать и обмениваться данными о регистрации бенефициаров Medicare, как указано в уведомлении системы учета (SORN) «Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)», номер системы 09-70-0588. Ваш ответ на эту форму является добровольным. Однако отсутствие ответа может повлиять на включение в план.



ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ:

Подписывая и отправляя этот документ, я подтверждаю, что представленная в нем информация является достоверной, полной и точной, насколько мне известно и как я полагаю. Я понимаю, что любое искажение или упущение информации может стать основанием для дисциплинарного взыскания, вплоть до расторжения моего контракта и соглашения с производителем.

Имя и фамилия сотрудника/агента/брокера (если оказывалась помощь в регистрации):

ID номер
плана #:

Дата вступления в силу
покрытия:

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

Торговый представитель/уполномоченный агент компании Wellcare

(индивидуальный торговый представитель / агент, заполнивший заявку)

Тип агента (выбрать один из вариантов): ☐ Уполномоченный агент ☐ Сотрудник
компании Wellcare

Заполнить раздел ниже:

Имя и фамилия торгового представителя /
агента

Номер NPN торгового представителя /
агента

Работа в агентстве/FMO (если применимо):

Эта информация должна соответствовать вашим утвержденным записям о выдаче лицензий компании Wellcare.

Номер телефона агента:

 - -

Электронная почта

Номер телефона агнтства/FMO
(если применимо)

 - -

**Дата получения заявки торгового представителя /
уполномоченного агента:**

(Заявки должны быть получены компанией
Wellcare в течение 1 календарного дня с этой даты.)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

Место получения заявки: ☐ Прием ☐ Презентация продаж ☐ Прием без
предварительной
записи

☐ Другое (укажите):

Подача заявок на брокерскую деятельность: Торговый представитель / агент должен отправить формы, связанные с содержанием встречи, и регистрации по факсу на номер 1-844-222-3180.



Подтверждение права на участие в периоде регистрации

Как правило, вы можете зарегистрироваться в плане Medicare Advantage только в течение ежегодного периода регистрации с 15 октября по 7 декабря каждого года. Существуют исключения, когда вы можете зарегистрироваться в плане Medicare Advantage за пределами этого периода. Если вы впервые пользуетесь пособиями по программе Medicare и с момента, когда вам исполнилось 65 лет, прошло более 90 дней, SEP «Я новичок в Medicare.» НЕ применяется, поэтому выберите соответствующее SEP ниже.

Внимательно прочитайте следующие утверждения и отметьте то, которое относится к вашей ситуации. Отмечая любой из следующих вариантов, вы подтверждаете, что, насколько вам известно, вы имеете право на участие в периоде регистрации в плане. Если впоследствии мы установим, что данная информация неточна, вас могут исключить.

Прежде чем сделать выбор, пожалуйста, ознакомьтесь со всеми приведенными ниже утверждениями.

☐ Я новичок в Medicare.

*Пожалуйста, выберите только в том случае, если вы 1. впервые получили право на участие; 2. вам исполнится 65 лет в течение 90 дней ИЛИ вам недавно исполнилось 65 лет в течение прошедших 90 дней; 3. новый получатель пособий; или 4. впервые получили право на участие, но ранее получали пособия по программе Medicare только по инвалидности.

*Если действие вашего страхового покрытия от работодателя недавно прекратилось, и вы впервые пользуетесь пособиями по программе Medicare, выберите ниже SEP «Я вышел(-ла) из страхового покрытия, предоставляемого моим работодателем или профсоюзом».

☐ Ежегодный период регистрации (Annual Enrollment Period, AEP): ежегодно с 15 октября по 7 декабря.

☐ У меня есть часть A/D, и я недавно зарегистрировался(-ась) для участия в части B. Я хочу зарегистрироваться для участия в планах МА.

☐ Я новичок в Medicare, и меня уведомили о возможности получения пособий по программе Medicare после начала действия моего покрытия по части A и/или части B. Меня уведомили (укажите дату)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ Раньше я участвовал(-а) в программе Medicare, но сейчас мне исполняется 65 лет.

☐ Меня включили в план Medicare Advantage и я хочу внести изменения в течение периода открытой регистрации в плане Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP).

☐ Я переехал(-а) на новый адрес, который находится за пределами зоны обслуживания моего текущего плана, или я недавно переехал(-а), и этот план является для меня новым вариантом. Я переехал(-а) (укажите дату)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ Я вернулся(-ась) в США после проживания за пределами страны (укажите дату).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ Меня выпустили из-под стражи. Меня выпустили (укажите дату)

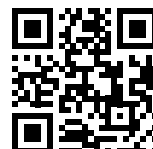
M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ Недавно я получил(-а) статус законного пребывания в США. Я получил(-а) этот статус (укажите дату)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ Я проживаю в учреждении долгосрочного ухода, например, в центре сестринского ухода или реабилитационной клинике.

*ПРИМЕЧАНИЕ. В форму необходимо внести информацию об учреждении долгосрочного ухода.



- ☐ Я недавно выехал(-а) из учреждения долгосрочного ухода, например, из центра сестринского ухода или реабилитационной клиники.
*ПРИМЕЧАНИЕ. В форму необходимо внести информацию об учреждении долгосрочного ухода. Я выехал(-а) из учреждения (укажите дату)

M	M	D D Y Y Y Y

- ☐ Я вышел(-ла) из страхового покрытия, предоставляемого моим работодателем или профсоюзом (включая страховое покрытие COBRA) (укажите дату)

M	M	D D Y Y Y Y

- ☐ Я потерял(-а) другое покрытие расходов на лекарства, не относящееся к программе Medicare, которое так же хорошо, как покрытие расходов на лекарства по программе Medicare (надежное страховое покрытие), или мое другое покрытие, не относящееся к программе Medicare, изменилось и больше не считается надежным. Я потерял(-а) свое страховое покрытие (укажите дату)

M	M	D D Y Y Y Y

- ☐ **Мой текущий план не продлевается на предстоящий договорный год.**

*ПРИМЕЧАНИЕ. Данный SEP действителен только с 12/8 до последнего дня февраля.

- ☐ Я потерял(-а) свое страховое покрытие, поскольку программа Medicare расторгла договор с моим планом. Я получил(-а) письмо от программы Medicare, в котором говорилось, что я могу присоединиться к другому плану. Мое страховое покрытие закончилось (укажите дату)

M	M	D D Y Y Y Y

- ☐ Я отказался(-ась) от страхового покрытия по плану PACE (Программы комплексного медицинского обслуживания для пожилых людей). Я вышел(-ла) из программы (укажите дату)

M	M	D D Y Y Y Y

- ☐ Я утратил(-а) свой статус участника плана для лиц с особыми потребностями, поскольку у меня больше нет статуса лица с особыми потребностями, необходимого для участия в этом плане. Я буду или был исключен из SNP (укажите дату)

M	M	D D Y Y Y Y

- ☐ Я хочу присоединиться к плану для лиц с особыми потребностями, пособия которого учитывают мое хроническое заболевание.

- ☐ Меня посчитали не имеющим(-ей) права на участие в плане CSNP, и я хочу зарегистрироваться в другом плане. Меня уведомили (укажите дату)

M	M	D D Y Y Y Y

- ☐ Недавно у меня произошли изменения в программе Medicaid (я впервые получил право на участие в программе Medicaid, изменился мой уровень участия в программе Medicaid или я утратил(-а) право на участие в программе Medicaid) (укажите дату)

M	M	D D Y Y Y Y

- ☐ Недавно у меня произошло изменение в Extra Help (дополнительной помощи) по оплате расходов на лекарства (я впервые получил(-а) дополнительную помощь, изменился мой уровень дополнительной помощи или я утратил право на получение дополнительной помощи) (укажите дату)

M	M	D D Y Y Y Y

- ☐ Меня включила в план программа Medicare (или мой штат), но я хочу выбрать другой план. Мое участие в этом плане началось (укажите дату)

M	M	D D Y Y Y Y

- ☐ Я участвую в Программе помощи штата в оплате лекарственных препаратов. В следующих штатах действует квалифицированный SPAP: Delaware, Indiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Missouri, New Jersey, New Mexico, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Texas, Vermont, Wisconsin.



☐ Я теряю помощь, получаемую по Программе помощи штата в оплате лекарственных препаратов. Я потерял(-а) помощь по (укажите дату)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ На меня или на лицо, на помощь которого я полагаюсь при принятии решений в отношении своего лечения, повлияла чрезвычайная ситуация или крупная катастрофа (как было заявлено Федеральным агентством по управлению в чрезвычайных ситуациях или федеральным правительством, правительством моего штата или моим местным правительством). Одно из других утверждений на этой странице относилось ко мне, но я не смог подать запрос из-за катастрофы.

Я пропустил(-а) период регистрации по причине того, что:

☐ Я регистрируюсь для участия в 5-звездочном плане Medicare.

☐ **Я участвую в плане, звездный рейтинг которого за последние 3 года был ниже 3 звезд. Я хочу присоединиться к плану со звездным рейтингом 3 звезды или выше.**

☐ Я участвую в плане, который недавно перешел под контроль штата из-за финансовых проблем (внешнее управление). Я хочу перейти на другой план.

☐ Я запросил(-а) материалы в доступном формате и не получил(-а) их вовремя. Я хочу зарегистрироваться сейчас, когда у меня появилось время принимать решения о регистрации. Ранее запрошенный мной доступный формат был следующим:

*Примечание. Доступные форматы включают, помимо прочего, шрифт Braille, компакт-диск с данными, крупный шрифт.

☐ Я плачу страховой взнос за участие в части А и я зарегистрировался(-ась) для участия в части В в течение общего периода регистрации (ежегодно с 1 января по 31 марта). Я хочу присоединиться к плану Medicare по покрытию расходов на лекарства (часть D) или плану Medicare Advantage с покрытием расходов на лекарства.

☐ Я зарегистрировался(-ась) для участия в части А (страхование больничных расходов) или части В (страхование расходов на медицинское обслуживание) во время особого периода регистрации, на участие в котором я имел(-а) право в связи с исключительными обстоятельствами.

☐ Я являюсь участником плана WellCare/Centene Medicaid и хочу зарегистрироваться в полностью интегрированном плане D-SNP (FIDE SNP), высокоинтегрированном плане D-SNP (HIDE D-SNP) или применимом интегрированном плане (applicable integrated plan, AIP) WellCare/Centene.

☐ У меня есть покрытие расходов на лекарства по программе Medicare (часть D) по плану Medicare Advantage. Я хочу присоединиться к другому плану медицинского страхования по программе Medicare, который не предусматривает покрытие расходов на лекарства, чтобы иметь возможность перейти на надежное покрытие расходов на лекарства, не относящееся к программе Medicare.

*ПРИМЕЧАНИЕ. Только МА

Если ни одно из этих утверждений к вам не относится или вы не уверены, свяжитесь с компанией Wellcare по телефону 1-844-480-0680 (пользователям ТТУ следует звонить по номеру 711), чтобы узнать, имеете ли вы право на участие в плане. Мы открыты с воскресенья по субботу с 8 am по 8 pm (во всех часовых поясах)

Согласно Закону о сокращении бумажного документооборота 1995 года, никто не обязан отвечать на запрос для сбора информации, если в нем не указан действительный контрольный номер OMB. Действительный контрольный номер OMB для этого сбора информации: 0938-1378. Для предоставления этой информации вам потребуется в среднем 20 минут на ответ с учетом изучения указаний, поиска имеющихся источников данных, подготовки необходимых сведений, заполнения формы и проверки предоставляемой информации. Если у вас есть какие-либо замечания касательно точности выделенного времени или предложения по улучшению формы, направляйте их в письменном виде по адресу: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Вы должны продолжать оплачивать ваши страховые взносы за Medicare Part B. Тем не менее, для лиц, получающих право на полноценное участие в двух программах страхования штат покроет ваш страховой взнос по части В, если вы сохраните свое право на участие в программе Medicaid.

